

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(Continuación)

BENEFICIARIO - PRUEBAS DE ELEGIBILIDAD POR RAZONES ECONÓMICAS

Fecha de la notificación: _____
 Nombre del caso : _____
 Número : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

Usted no es elegible porque su **Total de ingresos netos contables (#18)** es más que su **Pago máximo de asistencia (#20)**.

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

1. Ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia \$ _____
2. Gastos del trabajo por cuenta propia:
 - a. Estándar del 40% - _____
 - b. Gastos verdaderos - _____
3. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia = _____
4. Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad (DBI) (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____
5. Deducción de \$225 por DBI (si el #4 es más de \$225) .. - _____
6. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad que no están exentos = _____
7. Deducción de DBI que no se usó (hasta \$112) = _____
8. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) + _____
9. Total de otros ingresos ganados + _____
10. Cantidad que no se usó de \$225 (del #7) ó \$112 (la cantidad que sea menor) - _____
11. Subtotal = _____
12. Deducción del 50% por ingresos ganados - _____
13. Subtotal = _____
14. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad que no están exentos (del #6) + _____
15. Subtotal = _____
16. Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____
17. Mantenimiento de hijos cobrado por el Condado, excepto para los "MFG children" (niños no considerados parte de la unidad de asistencia para determinar la asistencia monetaria) (solamente para elegibilidad por razones económicas) + _____
18. **Total de ingresos netos contables** = _____
19. **Pago máximo de asistencia**
 Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____
 Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____
20. **Pago máximo de asistencia** = _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 44-207.2, Iniciativa de ley del Senado (SB) 72 (Capítulo 8, Estatutos del 2011).

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el Condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el Condado le dio o envió esta notificación. Si tiene un motivo justificado para no haber solicitado una audiencia antes de que hayan pasado los 90 días, usted todavía puede solicitar una audiencia. Si proporciona un motivo justificado, es posible que todavía se programe una audiencia.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), CalFresh (estampillas para comida), o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus beneficios de CalFresh (estampillas para comida) no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, beneficios de CalFresh (estampillas para comida) o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o paren:

- Asistencia monetaria CalFresh (estampillas para comida) Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a:

El Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el Condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el Condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el Condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

OTRA INFORMACIÓN

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de hijos y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar el mantenimiento, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al Condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar público le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del Condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el Estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&IC]**).

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de esta página y de la primera página para sus expedientes.
Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- **Envíe o lleve esta página a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al 1-800-952-8349.

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia debido a una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

- Asistencia monetaria CalFresh (estampillas para comida) Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.**
- Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NÚMERO DE TELÉFONO

- Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas